

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia

División de Enfermería y Fisioterapia



GRADO EN ENFERMERÍA

Curso Académico: 2012/2013

Trabajo Fin de Grado

-Título-

El insomnio en el adulto mayor

- Autor/a –

Rumega Loredana

- Tutor/a –

Ruíz Márquez Trinidad

ÍNDICE

I. RESUMEN.....	p.2
II. INTRODUCCIÓN.....	p.2
III. OBJETIVOS.....	p.4
IV. METODOLOGÍA.....	p.5
V. DESARROLLO.....	p.5
V.1. Tratamiento farmacológico.....	p.6
V.2. Tratamiento no farmacológico.....	p.8
V.3. Caso Clínico.....	p.12
VII. DISCUSIÓN.....	p.17
VII. CONCLUSIONES.....	p.19
BIBLIOGRAFÍA.....	p.20
GRÁFICAS Y ANEXOS.....	p.22

I. RESUMEN

Los seres humanos al envejecer sufrimos una serie de cambios fisiológicos, psicológicos, sociales y económicos que sumados a la sobreutilización de fármacos por parte de los profesionales sanitarios y a la infrautilización de tratamientos menos dañinos y más favorables, dan lugar a la aparición de trastornos del sueño siendo el insomnio el que más demanda ocasiona en la práctica asistencial. Debido a que la enfermería es una profesión en constante avance científico que requiere de una formación continuada, los que pertenecemos a ella, debemos estar bien preparados para poder satisfacer de la manera más rápida y eficaz posible a todos los usuarios que nos demandan. Y como la mejor manera de aprender es con la práctica, éste trabajo lleva implícito la resolución de un caso clínico fundamentándose en la utilización del tratamiento no farmacológico y a la educación sanitaria, además de explicar las desventajas del tratamiento farmacológico y sus efectos adversos en el adulto mayor.

II. INTRODUCCIÓN

“Los trastornos del sueño, y de forma particular el insomnio, son motivos de consulta frecuente en Atención Primaria (AP) y un buen número de las demandas por este cuadro clínico se resuelven o podrían resolverse en este nivel de atención”¹.

Si a eso le sumamos que en las últimas décadas asistimos al fenómeno sin precedentes históricos que supone el envejecimiento de la población y en consecuencia, la aparición de una cascada de nuevas situaciones, tanto sanitarias como sociales, que están haciendo saltar todas las alarmas del denominado <<estado de bienestar>>, podemos afirmar que: el sueño es un tema importante de abordar ya que además de formar parte de nuestra vida cotidiana, afecta a un gran número de personas debido al aumento del envejecimiento poblacional que estamos viviendo. En enero de 2005 habitaban en España 7.332.017 de personas mayores de 65 años y 1.903.119 mayores de 80 años, grupo en el que el número de mujeres duplicaba el de hombres².

El sueño es un estado (o conducta compleja), diferente de la vigilia, con la que está íntimamente relacionado, aunque ambos expresen distintos tipos de actividad cerebral. Los dos estados se integran en un conjunto funcional denominado *ciclo vigilia-sueño*, cuya aparición rítmica es circadiana y resultado de la interacción de diferentes

áreas a nivel del troncoencéfalo, diencefalo y corteza cerebral. Existen dos tipos de sueño o fases:

- El sueño No-REM (No-Rapid Eye Movement): está formado por 4 estadios que indican el grado de profundidad del sueño. Los estadios 1 (somnolencia) y 2 son el sueño superficial o ligero. Las etapas 3 y 4 son referidas como sueño profundo, y es muy difícil despertar a alguien de ellas. En ésta fase aumenta el flujo sanguíneo muscular y la secreción de la hormona del crecimiento, disminuyendo la frecuencia cardíaca, la tensión arterial y el flujo sanguíneo cerebral.

- El sueño REM (Rapid Eye Movement) o paradójico: Se caracteriza por, atonía muscular detectable polisomnográficamente por la desaparición de la actividad electromiográfica y un electroencefalograma muy parecido al estado de vigilia³. La frecuencia cardíaca y la tensión arterial son fluctuantes, con frecuentes braditaquiarritmias. El flujo sanguíneo cerebral es similar al de la vigilia, con marcada actividad neuronal y metabólica. Por norma general, en esta fase es donde soñamos (*Gráfica 1 y 2*).

En cuanto a las personas mayores, en general, no duermen menos que el resto de la población, sino que duermen distinto. Las características del sueño en los mayores, difieren en algunos aspectos con respecto a las de los adultos. Es importante conocerlas, tanto por parte de los profesionales como por parte del paciente, porque de esta manera evitaremos diagnósticos inadecuados y el paciente se dará cuenta que lo que él percibe como patológico es perfectamente adecuado para su edad. En las personas mayores, la latencia de sueño no está habitualmente alargada, pero es una queja frecuente la aparición de despertares precoces y la imposibilidad de volver a conciliar el sueño. El sueño es más fragmentado y ligero, con mayor número de despertares, lo que hace que los períodos de vigilia nocturnos aumenten hasta ocupar del 12% al 15% del tiempo dedicado al sueño. Además, los mayores presentan mayor facilidad que las personas más jóvenes, para efectuar siestas y cabezadas durante el día. También, con frecuencia, pierden la capacidad de recuperación del sueño, es decir, la aparición de los largos períodos de sueño ininterrumpido que presentan los sujetos más jóvenes después de períodos de privación de éste.

El sueño lento profundo es afectado precozmente con el paso de los años. A partir de los 40 disminuye progresivamente la proporción del estadio 4, y puede llegar a

desaparecer totalmente a partir de los 70 años. Así, en el anciano el porcentaje del sueño de ondas lentas es del 5% al 10%, mientras que hay un aumento del estadio 1, que representa del 4% al 10% del total de sueño⁴.

El sueño REM se modifica poco con la edad y su proporción permanece estable en los sujetos sanos hasta edades muy avanzadas. Lo que se modifica es su distribución a lo largo de la noche: el primer REM aparece más precozmente en los ancianos que en sujetos más jóvenes y desaparece su incremento a lo largo de la noche así, el primer sueño REM es más duradero que en los jóvenes, sin diferencias notables con los correspondientes a los ciclos posteriores. Una alteración circadiana frecuente que presentan los ancianos es el avance de fase del ritmo circadiano sueño-vigilia, que da lugar tanto a una somnolencia vespertina temprana como a un despertar precoz (se acuestan antes y se levantan antes).

Existen más de 70 tipos de trastornos del sueño. Muchos de éstos se pueden controlar satisfactoriamente, una vez que se han diagnosticado⁵. Los trastornos del sueño más frecuentes, son: insomnio, apnea del sueño, mioclonías, pesadillas, delirium, síndrome de piernas inquietas y narcolepsia⁶.

El propósito de este trabajo es revisar en la bibliografía los trastornos del sueño en los mayores, y desarrollar un caso práctico de una persona mayor con insomnio para fomentar con nuestra intervención el tratamiento no farmacológico.

III. OBJETIVOS

- Identificar cuáles son las fases del sueño en un adulto y conocer los cambios que se producen en las mismas en un adulto mayor.

- Identificar de forma general y luego aplicar a la práctica de forma holística, el tratamiento no farmacológico existente para intentar solucionar en la medida de lo posible el insomnio en las personas mayores de 65 años.

- Individualizar las actividades que necesita un adulto mayor para tratar su insomnio, a través de un caso clínico.

IV. METODOLOGÍA:

La modalidad escogida en este trabajo es el estudio de un caso clínico. Los pasos que se han seguido para su elaboración, son:

- Búsqueda bibliográfica en bases de datos, como: la Biblioteca Cochrane Plus, Medline, Cinahl, Cuiden Plus y PubMed, libros, páginas webs y guías de práctica clínica.
- Elección de un paciente que cumpla los criterios de inclusión del trabajo, como: tener más de 65 años; tener insomnio, no estar ingresado en una residencia o en un hospital y tener cierta autonomía en las actividades básicas de la vida diaria.
- Realización de la Valoración de Enfermería según el modelo de Virginia Henderson (*Anexo I*), junto con el cuestionario de Pittsburg de Calidad del Sueño (*Anexo II*).
- Utilización de la North American Nursing Diagnosis Association -NANDA-, la clasificación de resultados de enfermería –NOC- y la clasificación de intervenciones de enfermería –NIC-, para la elaboración del plan de cuidado.
- Ante todo, aclarar que tanto la paciente del caso clínico como la hija con la que vive y que estuvo presente en cualquier momento, saben que todos los datos obtenidos van a ser utilizados única y exclusivamente en éste trabajo.

V. DESARROLLO

En este apartado se incluye el tratamiento farmacológico y el tratamiento no farmacológico del insomnio, centrándose más en éste último, junto con la valoración de enfermería y su correspondiente plan de cuidados, para luego poder seleccionar y aplicar las medidas adecuadas al caso clínico en función de la teoría.

Según la NICE (National Institute for Health and Care Excellence) 2004, el insomnio es “una alteración de los patrones normales del sueño común caracterizado por la dificultad para iniciar el sueño (latencia de sueño) y / o dificultad para mantenerlo (mantenimiento del sueño)”⁵. Hay que aclarar que el insomnio no es una consecuencia normal del envejecimiento. Debido a los cambios biológicos, psicosociales, ambientales

que se producen y sumado a las enfermedades crónicas que pueden desarrollar, contribuyen a la aparición del insomnio.

El insomnio se clasifica: según naturaleza o características clínicas: de conciliación, de mantenimiento, despertar precoz y no reparador; según causalidad: factores intrínsecos, factores extrínsecos, y trastornos médicos y/o psiquiátricos; según duración (el más utilizado): *transitorio* (estrés, ruido, cambios de temperatura, trastornos transitorios del ciclo vigilia-sueño, condiciones ambientales distintas): menos de 1 semana, *de corta duración* (estrés persistente, alteración psiquiátrica aguda): entre 1-3 semanas, y *crónico* (que a su vez se divide en primario (sin enfermedad subyacente) y en secundario (disomnias intrínsecas, disomnias extrínsecas, trastornos mentales, trastornos neurológicos, trastornos médicos)): más de 3 semanas⁷.

V.1. Tratamiento farmacológico

La farmacoterapia del insomnio puede ser complicada por los cambios en la farmacocinética y en la farmacodinamia asociados a la edad. La instauración de un tratamiento farmacológico racional del insomnio, especialmente cuando éste ya es crónico, debería guiarse por cinco principios fundamentales: utilizar la mínima dosis eficaz; administrar el tratamiento de forma intermitente; prescribir medicación para corto plazo (su uso regular no debería superar las 3-4 semanas); interrumpir el tratamiento de forma gradual; y, vigilar la posible aparición de insomnio de rebote tras la suspensión del tratamiento.

Las benzodiacepinas de acción corta e incluso de acción intermedia son los actuales medicamentos preferidos para el insomnio y sólo están disponibles con receta médica^{5,7,8}. También se recomiendan los nuevos fármacos hipoinductores no benzodiazepínicos, como zolpiden o zoplicona, con menores efectos indeseables que los benzodiazepínicos⁶.

A la hora de implantar un fármaco, aparte de tener en cuenta los cinco principios fundamentales anteriormente citados, también hay que considerar importante los siguientes aspectos:

- Por norma general, un adulto mayor es una persona polimedicada debido a sus numerosas enfermedades, algunas de ellas crónicas incluyendo la automedicación (como por ejemplo, antiinflamatorios, laxantes, vitaminas, etc. que los mayores se los toman por cuenta propia). La polimedicación es uno de los factores más importantes, existiendo el peligro de la duplicación de principios activos⁹. Además, las incidencias de las reacciones adversas (RAM) aumenta de forma exponencial con el número de fármacos.
- En el paciente mayor, están alterados los procesos farmacocinéticos de *absorción* (parece ser el menos afectado de los 4 procesos aunque exista una reducción del pH gástrico y la motilidad y el vaciamiento gastrointestinales estén disminuidos); *distribución* (hay disminución de la masa corporal magra y del porcentaje del agua corporal junto al aumento del porcentaje de grasa corporal, además de existir una menor concentración de proteínas plasmáticas, por lo que hay menos proteínas a las que se puedan fijar algunos fármacos); *metabolismo* (es más lento a consecuencia de la menor función hepática lo que produce que haya una mayor cantidad de fármaco activo en el torrente circulatorio durante un periodo de tiempo más prolongado) y *eliminación* (hay cambios también debido a la menor función renal)¹⁰.
- Las reacciones adversas de las benzodiacepinas (BZD) en cuanto al sueño, son:
 - Reducen el tiempo de inicio del sueño
 - Prolongan la fase 2 del sueño No-REM.
 - Incrementan el tiempo total del sueño
 - Reducen relativamente la cantidad de sueño REM.
 - Además tienen efecto ansiolítico, anticonvulsivo y se han relacionado con deterioro cognitivo.
- Otros RAM de las BZD:
 - Somnolencia diurna, dolor de cabeza, vértigo, náuseas, fatiga.
 - Desarrollo de tolerancia, dependencia física y psíquica.

- Manifestaciones de abstinencia en caso de interrupción brusca del tratamiento, por lo que se recomienda la reducción gradual de la dosis, a lo largo de dos o tres semanas, o la sustitución por otra mediación de retirada más fácil.
- Pérdida de memoria, riesgo de caídas e interacciones clínicamente significativas con otros fármacos y el alcohol.

No se recomiendan para el tratamiento de insomnio, por su bajo índice terapéutico y sus significativos efectos adversos, entre los que destacan la probabilidad de tolerancia y dependencia, fármacos como el hidrato de cloral, el meprobamato y los barbitúricos.^{1,6,8}. Señalar, que el valor del estado de salud es inferior en los pacientes con insomnio tratados con hipnóticos/sedantes respecto a los que lo padecen pero no consumen tales fármacos. Este aspecto es de interés al considerar una prescripción racional de éstos, especialmente si se tiene en cuenta la gran utilización que hacen de ellos las personas mayores ¹¹.

Sin embargo, a pesar de todo lo que ocasiona la prescripción de una nueva medicación para el tratamiento del insomnio en los adultos mayores, más la alta prioridad que se le ha dado por parte de la NICE a los métodos no farmacológicos, existe evidencia que señala que los médicos, siempre que puedan, prefieren mandar antes unas “pastillas” que un tratamiento no farmacológico mucho más eficaz⁵.

V.2. Tratamiento no farmacológico^{1,5,6,12-15}

Para el tratamiento no farmacológico, se realizan las terapias cognitivas-conductuales (TCC). Pueden ser individuales o grupales, con diferente grado de complejidad, orientadas al manejo y modificación de pensamientos y de conductas que mantienen el insomnio y/o sus consecuencias.

V.2.1. Terapias conductuales

La terapia conductual, cuyo principal objetivo es el de modificar las conductas aprendidas con respecto al sueño y que son factores que perpetúan o exacerban las perturbaciones del sueño, incluye:

Medidas de higiene del sueño

Se trata de una intervención psicoeducativa con información básica sobre los hábitos de sueño y la higiene, cuya finalidad es mejorar aquellos aspectos de la vida diaria que pueden afectar al descanso nocturno. El papel de enfermería como educadora en la promoción del descanso nocturno es fundamental para que la calidad de vida de la persona mayor se vea mejorada. Éstas medidas, son:

- Evitar la ingesta de café, té, nicotina o bebidas con cafeína, durante todo el día pero sobre todo 6 horas antes de irse a dormir.
- Evitar fumar e ingerir alcohol unas horas antes de acostarse.
- No realizar cenas copiosas, y no ingerir grandes cantidades de alimentos y/o líquidos antes de irse a dormir.
- Controlar las variables fisiológicas antes de irse a la cama; no ir a la cama con hambre, sed, ganas de orinar, etc.
- Controlar que la cama sea adecuada, que el colchón y el somier tengan la suficiente dureza y comodidad y que la ropa no sea escasa, excesiva o molesta.
- Controlar el ambiente de la habitación, procurando que la temperatura de la habitación sea fresca y agradable, que no haya luz fuerte y que la humedad sea adecuada.
- Practicar con regularidad ejercicio físico moderado, durante al menos 30-45 minutos al día (siempre acorde con las posibilidades de cada persona), con la luz solar, siempre al menos tres horas antes de irse a dormir.
- No mirar la hora en el despertador para evitar pensar en el tiempo que le queda para dormir.
- No esforzarse en dormir, pues aumenta la excitación y dificulta el sueño.

Restricción del sueño

Las personas con insomnio tienden a estar más tiempo en la cama del necesario para compensar el no haber dormido bien. Con el tiempo esta estrategia sólo consigue

mantener el insomnio. Con esta técnica se pretende producir un estado de ligera falta de sueño. Este estado facilita quedarse antes dormido, dormir con menos interrupciones y conseguir un sueño más profundo. Indicaciones:

- Restringir inicialmente el tiempo en cama tanto como la persona lo pueda tolerar. En cualquier caso, el tiempo en cama no debe reducirse a menos de 4 ó 5 horas por noche.
- La restricción del sueño implica determinar el momento de acostarse y el momento de levantarse, más que la cantidad obligatoria de tiempo que se debe pasar en la cama.
- Los cambios en el tiempo en cama permitido se suelen hacer semanalmente, aunque en ocasiones puede ser necesario hacer cambios más frecuentes.

Control de estímulos

- Evitar realizar en la cama actividades tales como: ver la televisión, leer, escuchar la radio, comer, hablar por teléfono, discutir, etc. La única excepción a esta regla es que se puede tener actividad sexual en la cama.
- Establecer cada noche una serie de rutinas que ayuden a prepararse mental y físicamente para irse a la cama, como por ejemplo: lavarse los dientes, ponerse el pijama, programar el despertador, etc.
- Levantarse después de 15-20 minutos de estar en la cama y no conciliar el sueño e irse a otra habitación. Conviene dedicarse a alguna actividad tranquila hasta que se empiece a sentir sueño y en ese momento, volver al dormitorio para dormir.
- Repetir la secuencia anterior si pasan otros 15-20 minutos sin poder dormir. Utilizar este mismo procedimiento las veces que sean necesarias.
- Mantener horarios regulares, tanto para levantarse como para acostarse, incluidos fines de semana y vacaciones.

- Evitar hacer siestas durante el día. En casos concretos, se puede permitir una pequeña siesta después de comer con la condición de no durar más de media hora.
- No utilizar el ordenador antes de irse a la cama porque la luminosidad de la pantalla puede actuar como un activador neurológico.
- Intente relajarse al menos una hora antes de ir a la cama. Evite utilizar la cama para “dar vueltas” a sus preocupaciones. Cuando esté en la cama si persisten, dígame a sí mismo: “basta, ya pensaré en ello mañana, ahora es hora de dormir”.

Técnicas de relajación y respiración

- *Relajación muscular progresiva de Jacobson*: es una de las técnicas de relajación más simples y fáciles de aprender, un procedimiento ampliamente utilizado hoy en día que fue originalmente desarrollado por Jacobson en 1939. El procedimiento enseña a relajar los músculos a través de un proceso de dos pasos. (*Anexo III*)
- *Respiración diafragmática o abdominal*: respiración profunda en la que interviene el diafragma cuya finalidad, además de los beneficios que tiene para la salud, es mantener la mente concentrada sin tener presente otro tipo de pensamiento que no sea, respirar.

V.2.2. Terapias Cognitivas

Las técnicas cognitivas tienen el objetivo de identificar y analizar los pensamientos y creencias disfuncionales en relación al sueño o sobre las consecuencias del insomnio. También se trata de reducir la ansiedad anticipatoria (miedo a no dormir) que se produce antes de irse a la cama y que precisamente no permite conciliar el sueño. Éstas son:

- *Reestructuración cognitiva*: sustituir pensamientos irracionales o distorsionados por otros más racionales y positivos. El trabajo se estructura en un modelo de entrenamiento en habilidades, para ayudar a los pacientes a desarrollar la capacidad de identificar las cogniciones desadaptativas, contrastarlas con la realidad y desactivarlas generando pensamientos racionales propios.

- *Intención paradójica*: la eficacia se basa en el principio fundamental de que los pacientes intenten llevar a cabo la conducta que están evitando. Si una persona no puede dormir le pediremos que deje de hacerlo durante un tiempo o unas horas determinadas. Con esto, se consigue a situar el origen del problema en una causa externa del paciente (ahora ya no duerme debido a que no logra conciliar el sueño, sino porque así se le ha exigido).
- *Técnica de visualización*: es una herramienta muy útil que consiste en aprender a relajarse e imaginar vívidamente diferentes cosas o situaciones de la forma más realista posible y aportando todos los detalles que podamos incluir, a la vez que generamos el control de nuestras emociones, sensaciones, comportamientos, etc.

V.2.3. Otras terapias:

- Acupuntura, cronoterapia, fototerapia, tai-chi, melatonina, música, etc.

El uso de tratamiento farmacológico debería considerarse tan sólo cuando otras medidas conservadoras (higiene del sueño, terapia conductual, etc.) se muestren ineficaces y el paciente se sienta claramente desbordado por su problema de base y necesita ayuda para disminuir sus niveles de ansiedad. También se pueden utilizar de manera conjunta con el tratamiento no farmacológico, debido a que hay situaciones en las que no se pueden suprimir determinados fármacos.

V.3. Caso Clínico

V.3.1 Valoración Enfermera (*Anexo I*)

Tensión Arterial: 135/80 mmHg

Frecuencia Cardíaca: 74 lpm

Paciente de 80 años, viuda desde hace 6 años y 7 meses que tiene 3 hijas. La hija mayor tiene una niña y la hija menor tiene dos niñas. Están casadas e independizadas. La paciente por tanto, vive con su segunda hija de 52 años que es soltera.

Iluminada, no tiene dificultad para respirar y nunca ha fumado ni ha bebido. Refiere que no tiene dificultad para masticar ni para tragar aunque desde hace 23 años posee una dentadura postiza parcial la cual limpia después de cada comida y se la quita por la noche. Tiene un buen apetito realizando 3 ingestas al día. Me comenta que antes

bebía gran cantidad de agua, pero que desde hace un tiempo ya no siente tanta necesidad por lo que bebe alrededor de 1/2 litro de agua (sin contar sopas, frutas), etc. Desde hace 7 años, utiliza aparato auditivo para los dos oídos.

La paciente, tiene una eliminación fecal cada 3 días, y eso con ayuda de laxantes (“duphalac” sobres), remedios caseros como por ejemplo “ciruela + pera + miel”, 2 kiwis ó una manzana por la noche. Refiere que hace unos años realizaba una deposición o incluso dos deposiciones diarias. La frecuencia de la eliminación urinaria es aproximadamente de 4 veces al día. Comenta que por la noche va al servicio pero que no esa es la causa del despertar. Que ella ya está despierta cuando quiere ir al servicio y no al revés.

En cuanto a su movilidad, refiere que ha disminuido bastante y una de las causas es debido a la artritis y artrosis que padece en las rodillas junto al dolor de espalda que posee en muchas ocasiones. Actualmente, Iluminada no requiere ayuda para vestirse ni desvestirse. Su casa está bien acondicionada tanto para el frío como para el calor.

En cuanto al hábito de sueño, cuenta que tiene dificultad para conciliar el sueño y que cada noche se toma una pastilla (Lorazepam) para dormir. A veces se toma 2 pastillas, ya que dice que “una no le hace efecto”. Cuando no puede dormir, la paciente me ha comentado que se queda en la cama y “reza para los muertos”. Le realizo el “Cuestionario de Pittsburg” (anexo II), cuyo resultado es de 16 puntos sobre 21. (A mayor puntuación, peor calidad el sueño). Por otro lado, me comenta que hay días en las que se encuentra fatigosa y somnolienta, aunque dice que a pesar de eso no realiza ninguna siesta.

Iluminada, se ducha sola todas las mañanas y la hija con la que vive le lava el pelo una vez en semana. La paciente sólo barre el suelo, ordena un poco la cocina y del resto se encarga la hija ya que según ella no puede. En su tiempo libre, que es la mayor parte del tiempo, mira la TV, se va a visitar a sus hijas ó se da una vuelta por el barrio. Le encanta leer y coser, pero a pesar de llevar gafas me comenta que no consigue ver muy bien y que por tanto, ni lee ni cose. Refiere que desde cuando se quedó viuda, su vida ya no es como la de antes.

A continuación, se detalla la medicación actual que se toma: atorvastatina, telmisartán, sertralina, lorazepam, sulpirida (no se la toma porque dice que tiene mucha

medicación), tramadol (tampoco se la toma, por la misma razón de antes). A veces se compra por su cuenta metamizol y se lo toma cuando tiene algún tipo de dolor y por último, pantoprazol.

V.3.2. Plan de Cuidados

Diagnósticos Reales (NANDA)¹⁶

A.- Insomnio r/c higiene del sueño inadecuada, duelo, depresión, medicamentos, malestar físico (dolor, náuseas), m/p dificultad para conciliar el sueño, dificultad para permanecer dormida, insatisfacción con el sueño (habitual) y despertar temprano.

B.- Estreñimiento r/c aporte insuficiente de líquidos, antidepresivos, actividad física insuficiente, depresión, m/p disminución de la frecuencia, eliminación de heces duras, secas y formadas, e incapacidad para eliminarlas.

C.- Conocimientos deficientes r/c mala interpretación de la información y poca familiaridad con los recursos para obtener la información m/p seguimiento inexacto de las instrucciones.

D.- Duelo r/c muerte de una persona significativa, m/p alteraciones en el patrón de los sueños, búsqueda de significado de la pérdida, dolor y sufrimiento.

Indicadores u Objetivos (NOC)¹⁷

Objetivos (NOC)	Valor inicial	Valor final
A. Dificultad para conciliar el sueño	2 Sustancialmente comprometido	4 Levemente comprometido
A. Eficiencia del sueño	3 Moderadamente comprometido	4 Levemente comprometido
	2	

A. Dolor	Sustancialmente comprometido	4 Levemente comprometido
B. Facilidad de eliminación de heces	3 Moderadamente comprometido	4 Levemente comprometido
C. Uso correcto de la medicación sin prescripción	3 Conocimiento moderado	5 Conocimiento extenso
C. Efectos terapéuticos de la medicación	3 Conocimiento moderado	4 Conocimiento sustancial
C. Realiza los hábitos sanitarios correctamente	3 A veces demostrado	5 Siempre demostrado
D. Refiere dormir de forma adecuada	2 Raramente demostrado	4 Frecuentemente demostrado

*Intervenciones y actividades (NIC)*¹⁸

<u>Intervenciones</u>	<u>Actividades</u>
A. Técnica de Relajación	- Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente.
A. Mejorar el sueño	- Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción al sueño. - Enseñar al paciente a controlar las pautas de sueño.

	para resistir conductas insalubres o que entrañen riesgos, en vez de dar consejos para evitar o cambiar la conducta.
D. Facilitar el duelo	<ul style="list-style-type: none"> - Escuchar las expresiones de duelo. - Animar al paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos de la pérdida. - Comunicar la aceptación del debate sobre la pérdida.

- Problemas de autonomía:
 - Lavado del pelo (suplencia parcial)
 - Limpieza de la casa (suplencia parcial)
- Problema de colaboración:
 - Complicación potencial: dolor crónico secundario a la artritis y artrosis.

VII. DISCUSIÓN

De toda la información expuesta en el desarrollo, se elige la adecuada para la resolución del caso clínico, es decir se individualiza según las necesidades requeridas por Iluminada. Por tanto, se van eliminado los datos que no se precisan, quedándose sólo los importantes para el caso clínico. Eso no significa que la información restante no sirve, sino que son innecesarias para aplicarlas en esta situación en otras situaciones lo más seguro que sí).

De los diagnósticos planteados en el plan de cuidado, señalar que todos en mayor o menor medida, se han resuelto satisfactoriamente. El diagnóstico insomnio y el diagnóstico duelo son los que más trabajo han requerido y que requieren ya que están muy bien interrelacionados y muy bien arraigados en la paciente.

Las dificultades que he tenido a la hora de poner en práctica el plan de cuidado, han sido:

- Por un lado, al proponerle la idea de enseñarle la relajación muscular progresiva del Jacobson, y empezar a explicárselo, me dijo que al tener artrosis y artritis no podría hacerlo. Entonces le aconsejé que realizara la respiración diafragmática. Su reacción fue receptiva y motivada, no sabiendo que esa actividad le podría ayudar a conciliar el sueño de una manera más rápida y eficaz.
- Por otro lado, estimé oportuno aplicarle el método de la intención paradójica antes que la reestructuración cognitiva, debido a que ésta última me di cuenta que necesitaría más tiempo para poder implantarla correctamente en la mentalidad y en la vida de la paciente.
- Por último, la hija mediana al estar presente en todo momento, observé que no estaba por la labor de ayudar a su madre a conseguir los objetivos propuestos, por lo que les pedí el favor que la próxima vez que viniese a su casa, estuviesen presentes las otras dos hijas para que las conociese también. En realidad, lo que quería era hacerles partícipes de las actividades indicadas a la paciente para ver si se implicarían más de lo que se implicaría su hija mediana.

La educación sanitaria, forma parte de la práctica enfermera diaria, por lo que este caso no queda exento de ella:

- Le indiqué a la paciente, que una vez metida en la cama para dormir y no poder conciliar el sueño después de 15-20 minutos, levantarse y volver cuando tenga sueño, ya que la paciente me comentó que si no tenía sueño se quedaba en la cama “rezando a los muertos” y podría estar así durante muchas horas.
- Le he aconsejado que intente probar ducharse antes de acostarse en vez de hacerlo por la mañana para comprobar si esto le relaja. Si no es así, que siga con su ducha mañanera.
- Especificar, que las actividades propuestas para el estreñimiento sirven para tratar el déficit de líquidos que la paciente padece, explicándoles la relación entre: dieta, ejercicio y estreñimiento.
- Por otro lado, le recomendé a su hija mediana, que la lleve al oftalmólogo, ya que parece ser que necesita graduarse las gafas para poder leer y coser. Cuando vinieron las otras dos hijas, también se lo comuniqué a ellas.

- En cuanto a los fármacos, le aconsejé tanto a ella como a su hija, que NO debe dejar de tomar la medicación prescrita por el médico por el simple hecho de tener que tomar muchas pastillas, ni tampoco tomar más dosis (como el lorazepam) pensando que de esta forma le hará mayor efecto. Del mismo modo, le he hablado de los efectos adversos del lorazepam en el sueño, ya que es una benzodiacepina. Le expliqué las consecuencias que puede aparecer si no sigue el tratamiento correctamente y le enumeré los efectos adversos de la automedicación. Por ejemplo, le indiqué que ha estado dejando de tomar el tramadol, para luego tener que ir a la farmacia y comprarse el metamizol para el dolor.

Aproximadamente a las 3 semanas de la primera visita, previamente avisada, fui a verle y a comprobar si lo trabajado con ella ha obtenido buenos resultados, además de repasar lo que le enseñé. Tal y como habíamos quedado, estaban presentes las tres hijas, por lo que hablé nuevamente de todo lo que comenté en la anterior visita domiciliaria. A mi sorprender, Iluminada ha realizado todas las actividades propuestas y me comentó que ha percibido una mejoría en la calidad de su sueño. No obstante, me dijo que ella preferiría ducharse por la mañana tal y cómo lo había realizado antes de proponerle que se duchara previamente al acostarse. Le comenté que no se preocupara, que se realizan aquellas actividades que ayudan a mejorar la calidad del sueño, no lo contrario.

VII. CONCLUSIONES

El tratamiento no farmacológico siempre que se pueda, debe ser la primera vía de elección para tratar el insomnio en el adulto mayor a causa de las reacciones adversas que posee el tratamiento farmacológico, de la polimedicación (incluida la automedicación) característica en este grupo de la población, a los cambios que sufren en esta etapa y a los beneficios que se pueden obtener del tratamiento no farmacológico.

El caso clínico estudiado es un ejemplo claro que demuestra, a pequeña escala y en poco tiempo, la eficacia de las terapias cognitivas-conductuales aplicadas a la paciente de este trabajo.

Por último, concluir que el sueño es una necesidad humana básica y fundamental para el bienestar de una persona además de ocupar casi la tercera parte de la vida de una

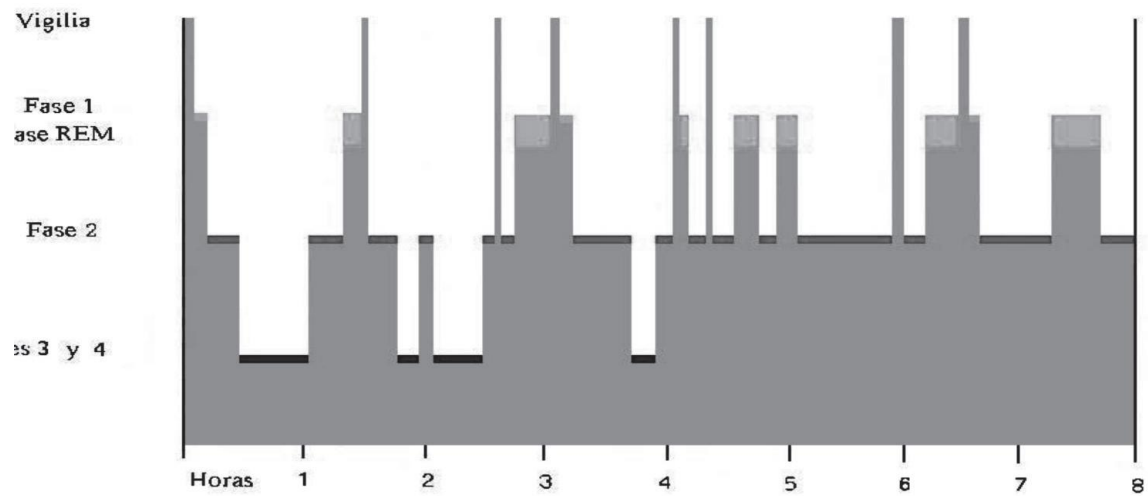
persona. Su patrón sufre variaciones considerables a medida que la persona crece y madura, por lo que todo enfermero que atienda a adultos mayores, como sanitario responsable, debe adquirir todos los conocimientos posibles sobre el sueño, de forma que la persona que envejece pueda aprender a adaptarse a la experiencia del sueño de una forma positiva y constructiva.

BIBLIOGRAFÍA

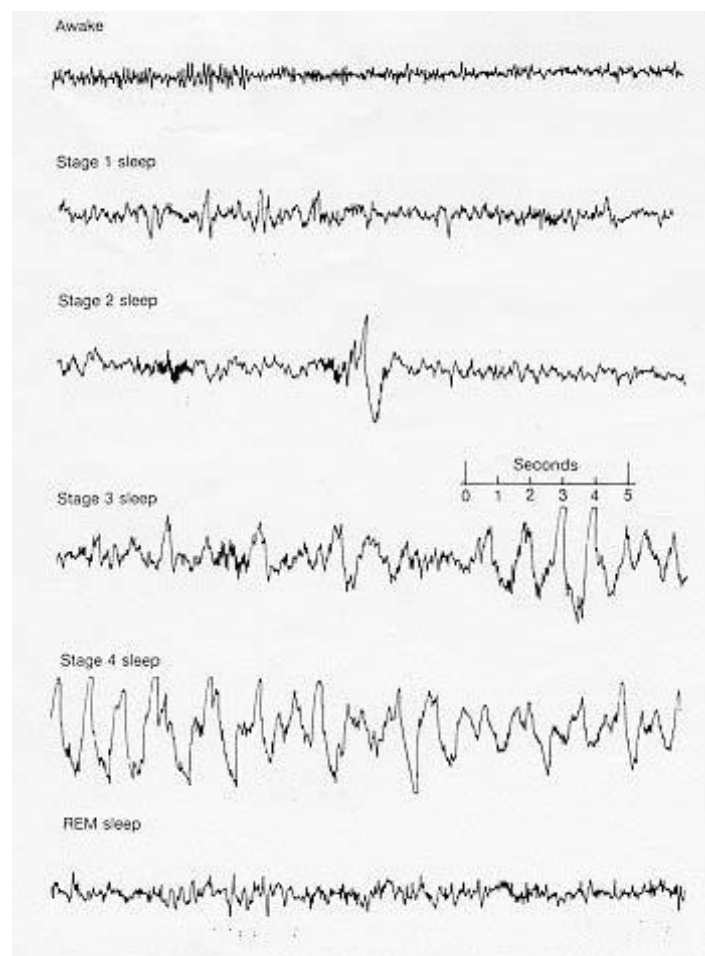
1. Sistema Nacional de Salud. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con insomnio en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009
Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/insomnio/completa/index.html>
2. Guillén F, Bravo G. Demografía del Envejecimiento. En: Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2ª ed; Barcelona: Elsevier Masson; 2008. p. 3-11
3. Ferré A. Sueño Normal. [Internet]. [actualizado Sept 2012; acceso 22 Abr 2013]
Disponible en: <http://www.doctorferre.com/>
4. Pérez C. Consejos para dormir bien. [internet]. Fistera.com [actualizado 25 Feb 2011; acceso 4 Mayo 2013] Disponible en:
<http://www.fistera.com/Salud/1infoConse/insomnio.asp>
5. Snowden A. Insomnia: management and treatments. Nurse Prescribing. 2008; 6(9): 382-89.
6. Pérez A. Trastornos del sueño. En: Enfermería Geriátrica. 3ª reimpresión. Madrid: Síntesis; 2002. p. 177-85.
7. Fernández A, Vázquez E. El sueño en el anciano. Atención de Enfermería. Enfermería Global. 2007 May;10:1-17. ISSN 1695-6141.
8. Burke M, Walsh M. El sueño. En: Enfermería Gerontológica. Cuidados integrales del adulto mayor. 2ª ed. Madrid: Harcourt-Brace; 1998. p. 423- 44.
9. Paz A. Iatrogenia y uso de fármacos. En: Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2ª ed; Barcelona: Elsevier Masson; 2008. p. 587-97.

10. García M, Torres MP, Ballesteros E. Alteraciones de salud: la enfermedad en el anciano. En: Enfermería Geriátrica. 2ª ed. Barcelona: Elsevier: Masson; 2006. 118-27.
11. López J, Navarro B, Párraga I, Pretel FA, Rabanales J, Simarro MJ. El estado de salud de las personas mayores que sufren insomnio. *Gac Sanit.* 2013;27(1):47–52.
12. Diagnóstico y Tratamiento del insomnio en el Anciano. México: Secretaría de Salud, 2011[acceso 29 Ab 2013]. Disponible en:
http://sgm.issste.gob.mx/medica/medica_documentacion/guias_autorizadas/Geriatr%C3%ADa/IMSS-492-11-Insomnio%20del%20Anciano/IMSS-492-11-GER_InsomnioAnciano.pdf
13. Medicina Naturista. Zaragoza: Sociedad Europea de Medicina Naturista Clásica. 2009 Julio-Septiembre; 3(2): 72-76. Disponible en: <http://www.medicinanaturista.org/>
14. Los fundamentos de la reconstrucción cognitiva. [actualizada 6 Jun 2006; acceso 2 May 2013]. Disponible en: <http://cetecic.com.ar/revista/los-fundamentos-de-la-reestructuracion-cognitiva/>
15. La intención paradójica [acceso 2 May 2013]. Disponible en:
<http://www.psicodiagnosis.es/areaespecializada/tecnicasdeintervencion/laintencionparadojica/index.php>
16. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier, 2010.
17. Nursing Outcomes Classification (NOC). Clasificación de Resultado de Enfermería. 4ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby, 2009.
18. Nursing Interventions Classification (NIC). Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 4ª ed. Madrid: Elsevier Mosby, 2002.

GRÁFICAS Y ANEXOS



Gráfica 1. Fuente: GPC para el manejo de pacientes con insomnio en Atención Primaria



Gráfica 2. Disponible en: <http://www.sleepdex.org/sstages.htm>